

Olgu Sunumu

Parsiyal Molar Gebelik Ve Canlı Fetus Birlikteliği: Olgu Sunumu

PARTIAL MOLAR PREGNANCY AND COEXISTING VIABLE FETUS: A CASE REPORT

Recep Emre OKYAY, Didem UYSAL, Murat CELİLOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar fetal trofoblastik dokudan kaynaklanan heterojen bir neoplazi grubudur. Malignite potansiyeli değişkendir. Mol hidatiform histopatolojik, sitolojik ve klinik yapısına göre iki gruba ayrılır. Parsiyal molar gebelik tanısı prospektif olarak nadiren konulabilir. Bu makalede birinci trimesterde ultrasonografik olarak saptanmış parsiyal mol ve canlı fetus birlikteliği rapor edilmiştir.

Gravida 2, para 0 olan 28 yaşında kadın hasta vajinal kanama ve unilateral şiddetli pelvik ağrıyla 9. gestasyonel haftada hastanemize başvurmuştur. Son gebeliği ektopik gebeliğe bağlı operatif laparoskopi ile sonlanmıştı. Ultrasonografik olarak hastada gestasyonel yaşla uyumlu tekil yaşayan bir fetus, kistik lezyonlu aşırı büyük bir plasenta ve bilateral teka lutein kistleri saptandı. β -hCG değeri ise 371.000 mIU/ml idi. Hastaya tanı sonrası olası komplikasyonlar hakkında bilgi verilmiş, hastanın sonlandırma yönünde karar vermesi üzerine emme küretaj yapılmıştır. Yaşayan fetuslu molar gebeliklerde özellikle gebelik isteniyorsa yönetim zordur. Yaşayan fetus varlığında dahi katastrofik komplikasyonlardan kaçınmak için terminasyon yönetimde ilk seçenek olarak düşünülmelidir

Anahtar sözcükler: Mol hidatiform, parsiyal molar gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalıklar

SUMMARY

Gestational trophoblastic disease is a heterogeneous group of human neoplasms which is derived from fetal trophoblastic tissues. Its malignant potential varies. Hydatidiform mole comprises two distinct entities which are based on histopathologic, cytogenetic and clinical features. Clinical diagnosis of partial molar pregnancy is rarely made prospectively. In this article, we report the unusual pregnancy in which ultrasonography reveals a partial hydatidiform mole with coexisting live fetus in the first trimester.

A 28-year-old, gravida 2, para 0, patient presented with vaginal bleeding and unilateral, not severe pelvic pain at 9 weeks of gestation on December 2007. Her last

Didem UYSAL

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları Ve Doğum AD

Genel Jinekoloji BD

İnciraltı 35340 İzmir

Tel: (232) 4123101

e-posta: drdidemuysal@yahoo.com

pregnancy had ended with operative laparoscopically due to an ectopic pregnancy. Ultrasonographic examination had showed a fetus that is consistent with gestational age, a placenta which is excessive in size with a few cystic lesions and bilateral ovarian theca-lutein cysts. The serum β -hCG was 371,000 mIU/ml. The patient was counseled about possible complications, after she decided at termination suction curettage was performed. In molar pregnancies with a live fetus, management becomes to be a dilemma. Therefore, in partial mole with a coexistent live fetus cases in order to avoid catastrophic complications termination must be considered as a first choice in management.

Key words: Gestational trophoblastic disease, partial molar pregnancy, gestational trophoblastic disease

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar fetal trofoblastik dokudan kaynaklanan heterojen bir neoplazi grubudur. Malignite potansiyeli değişkendir, mol hidatiform hastalığın benign formudur. Mol hidatiform histopatolojik, sitolojik ve klinik yapısına göre iki gruba ayrılır; parsiyal veya komplet mol. Parsiyal formu fokal, hafif-orta trofoblastik hiperplazi ve değişken seviyede villöz ödemle karakterizedir (1,2). Birçok parsiyal mol vakasında fetusta kromozomal triploidi mevcuttur. Bu genellikle bir ovumun iki spermle döllenmesi sonucu görülür (3). Triploidili fetusların üçte ikisi 47 XXY iken, üçte biri 47 XXX'dir (4). Parsiyal mol ve canlı fetus birlikteliği nadirdir ve gebeliklerin %0,005-0,01'inde görülür (5).

Bu nedenle parsiyal molar gebelik tanısı prospektif olarak nadiren konulabilir. Bu makalede birinci trimesterde ultrasonografik olarak saptanmış parsiyal mol ve canlı fetus varlığı rapor edilmiştir.

OLGU SUNUMU

28 yaşında bayan hasta 9. gestasyonel haftada unilateral pelvik ağrı ve vajinal kanama şikayetiyle Aralık 2007'de hastanemize başvurmuştur. Gravida 2, para 0 olan hastanın son gebeliği on ay önce ektopik gebeliğe bağlı operatif laparoskopi ile sonlanmıştır. Bunun dışında özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktur. Başvuruda hastanın vital bulguları stabildir. Fundal yükseklik haftasıyla uyumludur. Abdominal muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmamıştır. Laboratuvar bulgularında hematokrit %36, lökosit $13.700 /\text{mm}^3$, trombosit $253.000 /\text{mm}^3$ dir. Koagülasyon profili, tiroid fonksiyon testleri ve biyokimyasal parametreler normal sınırlar içindedir. Göğüs tomografisinde metastaz ile uyumlu bulgu saptanmamıştır. Ultrasonografik olarak 9 haftayla uyumlu, baş-popo me-

safesi 26,9 mm olan tek yaşayan fetus, az miktarda kistik lezyonlu büyük bir plasenta ve bilateral teka lutein kistleri saptandı (Resim 1,2). Serum β -hCG değeri ise 371.000 mIU/ml idi. Bulgular parsiyal molar gebelik ve canlı fetus birlikteliği ile uyumluydu. Hasta olası fetal malformasyonlar ve gelişebilecek malignite hakkında bilgilendirildi. Gebeliği sonlandırmaya karar veren hastaya genel anestezi altında emme küretaj yapıldı. Plasentanın histopatolojik ve sitogenetik incelemesiyle triploid karyotipli (69XXX) parsiyal mol tanısı kondu. Hasta operasyon sonrası 3.günde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Haftalık serum β -hCG takibi yapıldı. Düzenli seyreden düşüş 6.haftada normal seviyelere indi.

TARTIŞMA

Parsiyal mol, hidatiform molün iki alt grubundan biridir. Nadiren geniş bir plasenta ve bir fetus vardır. İlk trimesterde tanı koymak parsiyal mol ve canlı fetus birlikteliğinin nadir olmasından dolayı zordur. Yüksek rezolüsyonlu ultrason teknolojisine rağmen parsiyal mol vakalarının %40'ı tanınabilir (6). Plasental büyüklük tek sonografik bulgu olabilir.

Parsiyal mol hidatiform ve canlı fetus komplet molün bulunduğu ikiz gebeliklerden ayırt edilmelidir (7). Parsiyal molde genelde anormal bir karyotip mevcuttur. %68'de triploid, %32'de diploid patern vardır. Parsiyal mol ve triploid kromozomlu canlı fetus genellikle erken başlangıçlı gelişme geriliği ve fetal anomalilerle prezante olur (8). Bu vakada ilk trimesterde yapılan ultrasonografik incelemede şüpheli büyük plasenta saptanmış, tanı sitolojik araştırma ile konulmuştur (Resim 3). Yaşayan fetuslu molar gebeliklerde özellikle gebelik isteniyorsa yönetim zordur.



Resim 1. Büyük plasenta ve az miktarda kistik lezyonlar



Resim 2. Dokuz hafta üç günle uyumlu canlı fetus



Resim 3. İlk trimesterda şüpheli büyük plasenta

Jones ve ark. canlı fetus varlığında dahi parsiyal mol vakalarında terapötik abortusu önermektedirler (9). Diğer yandan Vejerslev ve Watson mantıklı yaklaşımın plasentanın ultrasonografik incelemesi ve fetal karyotipin prenatal testlerle saptanması sonrasında sağlanabileceğini belirtmiştir (1,10). Perinatal karyotipin sitogenetik olarak perkütan umbilikal kord örnekleme, koryon villüs örnekleme ve amniosentezle saptanması istenen gebeliklerde mutlak zorunluluktur. Malign hastalığa progresyon insidansı komplet mol ve canlı fetus varlığında %56-62 iken parsiyal mol ve canlı fetus varlığında %4'dür (11). Nadiren sağlıklı fetus ve molar gebelik konusunda yayınlar olsa da terminasyon ve seri serum β -hCG ölçümü en çok tercih edilen protokoldür. Bu vakada hastaya olası komplikasyonlar hakkında bilgi verilmiş, hastanın sonlandırma yönünde karar vermesi üzerine emme küretaj yapılmıştır.

Sonuç olarak parsiyal mol ve canlı fetus varlığında antenatal olarak tanı koyarken fetal karyotip, ultrasonografi, plasental histopatoloji ve seri serum β -hCG ölçümü testleri yapılmalıdır. Diploid karyotipli canlı fetus varlığında dahi yüksek malign transformasyon hızı,

preeklampsi ve hayatı tehdit eden kanama gibi katastrofik komplikasyonlardan kaçınmak için terminasyon yönetimde ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

REFERANSLAR

1. Watson EJ, Hernandez E, Miyazawa K. Partial hydatidiform moles: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1987; 42:540-544.
2. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform mole. II. Morphologic evolution of the complete and partial mole. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:20-27.
3. Ohama K, Ueda K, Okamoto E, Takenaka M, Fujiwara A. Cytogenetic and clinicopathologic studies of partial moles. *Obstet Gynecol* 1986;68:259-262.
4. Sauerbrei EE, Salem S, Fayle B. Coexistent hydatidiform mole and live fetus in the second trimester. *Radiology* 1980;135:415-417.
5. McDonald TW, Ruffolo EH. Modern management of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:67-83.
6. Lindholm H, Flam F. The diagnosis of molar pregnancy by sonography and gross morphology. *Acta Obstet*

- Gynecol Scand 1999;78:6–9.
7. Malhotra N, Deka D, Takkar D, Kochar S, Goel S, Sharma M.C. Hydatiform mole with coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;94:301–303.
 8. Guven ESG, Ozturk N, Deveci S, Hızlı D, Kandemir O, Dilbaz S. Partial molar pregnancy and coexisting fetus with diploid karyotype. J Matern Fetal Neonatal Med February 2007; 20: 175–181.
 9. Jones WB, Lauersen NH. Hydatidiform mole with co-existent fetus. Am J Obstet Gynecol 1975;122:267–272.
 10. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. Obstet Gynecol Surv 1991;46:577–588.
 11. Bruchim I, Kidron D, Amiel A, Altaras M, Fejgin M. Complete hydatidiform mole and a coexistent viable fetus: report of two cases and review of the literature. Gynecol Oncol 2000;77:197-202.